Psoriasis

1) Introduction :

1. Dermatose érythémato-squameuse. fréquente
2. survient chez les 2 sexes et à tout âge avec prédilection chez l'adulte jeune (20 – 30 ans)
3. Facteurs aggravants : stress, infections, médicaments, alcool
4. Le diagnostic est essentiellement clinique :
5. Habituellement bénin mais quelques cas graves:
   - ➔ Erythrodermie psoriasique
   - ➔ Psoriasis pustuleux
   - ➔ Psoriasis arthro-pathique.
6. Etiologie multifactorielle mal connue :
   - ➔ L'hypothèse actuelle met en avant le rôle de facteurs pro mitotiques (TNF @) produits par les LT activés

2) Clinique

❖ **Forma classique : psoriasis Vulgaire**

A. Lésion élémentaire
   - Tache érythemato-squameuse arrondie ou ovalaire
   - Seul l'aspect permet le diagnostic

   1) Couche squameuse superficielle :
   - blanchâtre parfois nacrée ou micacée
   - Surface : lisse ou rugueuse en relief par rapport à la peau saine voisine.
   - Sèche, de dimension et d'épaisseur variable :
     - Petite et fine de type pityriasique.
     - large et épaisse prenant au maximum un aspect **ostracé**
   - Le grattage de BROCQ : pathognomonique
     1. Blanchiment de la lésion
     2. Signe de la tache de bougie
     3. Signe de la dernière pellicule décollable
     4. Signe de la rosée sanglante = signe d'Auspitz

   2) Tache érythémateuse :
   1. Située sous la couche squameuse
   2. rose rouge congestif souple
   3. Bien limitée.
   4. Surface : lisse et sèche.
   5. Disparaît à la vitro pression

B. Groupement
   - **Nombre :** Variable : rarement isolé (psoriasis en plaque isolé) souvent Multiples ou diffus
   - **Dimensions** :
     1) En **point** "**punctata**" ou en **gouttes** "**guttata**" de quelques mm de Diamètre
     2) **Nummulaires** = pièce de monnaie de quelques cm de diamètre
     3) **En plaque** : contour géométrique ou circiné occupant de larges surfaces.
     4) **En nappes ou placards** : > à 10 cm
     5) **Universalis** : généralisé

C. Topographie
   - Siège = Zones bastions
   - Distribution bilatérale et symétrique

D. Signes fonctionnels :
   - peu ou pas prurigineux
   - cependant prurit sévère peut se voir dans 30% des cas (terrain dépressif, thérapeutiques externes)

❖ les formes cliniques :

1) Formes topographiques :

Psoriasis du cuir chevelu : Localisation occipitale ++	▪ Lésions en plaques circonscrites recouvertes de larges squames sèches ▪ Ou une véritable carapace recouvrant la totalité du cuir chevelu ▪ n'est pas alopéciant
Psoriasis des ongles: Très fréquent: 30 à 50%	▪ Dépressions ponctuées cupuliformes disposées ➔ en dé à coudre ou en ligne horizontales (ligne de beau) ▪ Trachyonychie : Rugosité ▪ Onycholyse:
Psoriasis des plis	▪ les faces de flexions (psoriasis inversé) ▪ plaque rouge, brillante et lisse peu ou pas squameuse ▪ Siège: plis inter fessier – inguinaux - sous mammaires - ombilic
Psoriasis du visage : rare	▪ les régions séborrhéiques : médio faciale, sillon nazogénien ➔ souvent associé à un psoriasis du cuir chevelu : sébopsoriasis ▪ le psoriasis de l'oreille : conduit auditif externe - sus et rétro auriculaires.
Psoriasis palmo-plantaire : souvent bilat	▪ Hyperkératose localisée : les éminences thénar et hypothénar ▪ Kératodermie psoriasique diffuse : Carapace kératosique dure épaisse
Psoriasis des muqueuses : rare	▪ Le gland : des taches roses peu infiltrées d'évolution chronique ▪ La langue : langue géographique, plicaturée ou scrotale

2) Formes selon le terrain

Psoriasis du nourrisson	Psoriasis de l'enfant
1) Psoriasis des langes: Napking psoriasis 2) Érythème rouge sombre bien limité, 3) Evolution favorable	1) les filles sont plus atteintes que les garçons. 2) ATCD familiaux: 50% des cas. 3) Psoriasis en gouttes : ▪ Succédant à une rhinopharyngite ou un vaccin ▪ Souvent fébrile

3) Formes induites

Phénomène de Koebner	Médicaments
l'apparition de lésions psoriasiques sur un trauma cutané : – stries de grattage – sur cicatrice chirurgicale – vaccination – sur tatouage L'éruption est limitée à la partie irritée ou traumatisée	Sels d'or, BB, IEC, Interferon alpha : ▪ peuvent Induire ou aggraver un psoriasis pré existant ▪ responsable du développement d'une résistance au traitement.

4) Les formes graves :

A. Psoriasis pustuleux :
   1. d'emblée ou sur psoriasique connu
   2. déclenché souvent par des médicaments : CTC
   3. localisation palmo-plantaire +++
   4. généralisé : AEG, fièvre puis poussée pustuleuses par vague
   5. histologie : pustule spongiforme multiloculaire et amicrobienne

B. Erythrodermie psoriasique :
   1. Complique en général un psoriasis déjà installé,
   2. Divers facteurs : Médicaments + +: CTC général ou une surinfection
   3. L'érythème generalisé > 90% tégument, sans espaces de peau saine
   4. AEG- Fièvre- troubles digestifs- oligurie- amaigrissement.
   5. Les complications: surinfection- septicémies, défaillance cardiovasculaire, détresse respiratoire, troubles hydro électrolytiques
   6. Engage le pronostic vital

C. Rhumatisme psoriasique :
1. C'est un rhumatisme inflammatoire chronique
2. souvent apparaît chez un psoriasique connu (20%).
3. La poussée rhumatismale coïncide souvent avec la poussée psoriasique.
4. On distingue 2 formes:

périphérique	Centrale = axiale
▪ polyarthrite d'aspect voisin de la PR ▪ avec atteinte des IPD	▪ lié à l'HLA B27 ▪ Proche de la SPA

3) L'évolution :
1. maladie chronique qui évolue par poussées-rémissions
2. de survenue imprévisible
3. peuvent laisser des cicatrices achromiques ou pigmentées
4. les rémissions sont essentiellement estivales (UV)

4) les complications
1. Surinfection : les CTC sont incriminés
   - Bactérienne : surtout à Staphylocoque
   - Candidosique : fréquente surtout au niveau des plis.
2. Eczématisation: squames-croutes peu adhérentes.
3. Lichénification: Liée au grattage
4. Syndrome métabolique :
   ➔ La prévalence des pathologies métaboliques: diabète, HTA, obésité et hyperlipidemie, serrait élevée au cours du psoriasis sévère

5) Diagnostic différentiel :
1. Pytiriasis Rosé de Gibert
2. Pytiriasis rubra pilaire
3. Dermatite séborrhéique
4. Dermatite atopique

6) Le diagnostic positif : essentiellement clinique.

→ Devant les éléments anamnestiques :
- Cas similaires dans la famille.
- évolution chronique par poussées / rémissions
- avec amélioration en période estivale.

→ Devant l'examen clinique :
- Lésions érythémato- squameuses, arrondies ou ovalaires, bien limitées.
- grattage méthodique de BROCQ
- Localisation des lésions dans les zones bastions.
- Atteinte phaneriènne ou muqueuse évocatrice voire caractéristique

→ Devant les formes posant problème de diagnostic différentiel : une biopsie avec étude histo
- ❖ Des anomalies épidermiques :
  1. Hyper kératose avec ortho et para kératose.
  2. Micro abcès de Munro- Sabouraud.
  3. Agranulose : Couche granuleuse diminuée ou absente.
  4. Hyperacanthose.
- ❖ Des anomalies dermiques :
  1. Papillomatose et infiltrat inflammatoire à LT
  2. Membrane basale épaisse
  3. capillaires très développés dans les papilles

7) Etiologies :

1. cause inconnue
2. prédisposition génétique 30%
3. facteurs de résistance au Trt : alcool, tabac
4. facteurs environnementaux : stress

8) Traitement :

A. But du traitement

1. Les traitements actuels n'entrainent pas la guérison définitive de l'affection
2. Entrainer une réduction des lésions jusqu'à ce qu'elles deviennent tolérables
3. Soutien et prise en charge psychologique
4. Traitements majeurs : formes graves

B. Traitement locaux :

1. **Dermocorticoïdes :**
   1 app/j pdt une durée limitée, arrêt progressif
2. **dérivés de la vitamine D :**
   - Calcipotriol 2app/j (matin et soir) en alternance avec les dermoCTC
   - Précaution: pas sur le visage et les plis
   - CI: femme enceinte, psoriasis pustuleux, pso en goutte, pso érythrodermique
3. **autres Traitement topiques adjuvants :**
   - retinoides topiques
   - kératolytiques (vaseline salicylée) : indiqué si pso très squameux
   - bains, émollients pour décaper les lésions (huile de cadre)

C. Traitement systémique

1. Methotréxate : Indications :
   - psoriasis résistant du sujet âgé
   - psoriasis arthropathique grave.
2. dérivés de la vitamine A : Acitretine
   - effet tératogène => test de grossesse
   - contraception avant le début TRT et poursuivie 2 ans après son arrêt
   - indications : psoriasis pustuleux, érythrodermie psoriasique
3. ciclosporine :

D. Traitement physique :

1. phototchimiohérapie : UVA
2. photothérapie : UVB

E. Traitement biologique : nouveau

1. Ac monoclonaux
2. Proteines de fusion

F. PEC psychologique

❖ **Les indications :** dépendent:

- du type de psoriasis (étendue des lésions, localisation, forme clinique)
- du malade (âge, sexe, les comorbidités)
- du traitement déjà reçu

1. Psoriasis vulgaire peu étendu:

➔ traitement local simple: Calcipotriol

- 2 app/j pendant 6 sem,
- calcipotriol + Dctc si intolérance

2. Psoriasis vulgaire étendu: >40 % :

- photothérapie UVB ou PUVA
- sinon : ciclosporine ou méthotrexate